

ей; положительно влияют на общее самочувствие, настроение, сон, потенцируют лечебное действие других физических факторов, уменьшают количество принимаемых препаратов;

- психотерапия при артериальной гипертензии имеет важное значение в лечении этих больных и должно применяться в комплексном санаторном лечении.

Наиболее эффективным лечением было у пациентов с астенической, тревожно-депрессивной и фобической реакциями, где уровень тревоги снизился с высокого (28-30 баллов) до среднего (7-15 баллов).

Литература

1. Улащик В.С. Общая физиотерапия. Минск, 2005.
2. Гогин Е.Е. Гипертоническая болезнь. Москва, 2000.
3. Кушаковский М.С. Гипертоническая болезнь и вторичные артериальные гипертензии. Москва, 1982.
4. Практическая психология в тестах. Москва, 1999.

ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Глинская Т.Н., Вальчук Э.Э.

Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы

и реабилитации, пос. Городище, Минская обл., Минский р-н

Реабилитация пациентов с онкологической патологией часто рассматривается только в контексте психологической и социальной адаптации: общение с пациентом и его родственниками, умелое информирование о болезни, общение с психологом (реже психотерапевтом) и т.д. Это важные, но отнюдь не все, компоненты социальной адаптации пациента к своей болезни и своему новому существованию. Наличие онкологического диагноза является медицинским противопоказанием для направления пациентов со злокачественными новообразованиями в санаторий или реабилитационный центр. Устоявшееся мнение о том, что онкологическому пациенту нельзя проводить аппаратную физиотерапию, массаж, лечебную физкультуру, привело к формированию у части медработников ограниченных представлений о содержания

реабилитационного процесса у данного контингента пациентов.

Реабилитация пациентов после радикального лечения злокачественных новообразований, прежде всего, направлена на компенсацию или нивелирование имеющихся нарушений здоровья, связанных как с проявлениями основного заболевания (локализация опухоли и нарушение функции пораженного органа (ткани), функциональной системы (систем)); так и с последствиями проведенного хирургического, лучевого, химиотерапевтического или комбинированного лечения.

Главная задача онкологов - радикальное противоопухолевое лечение. Это обуславливает достаточно агрессивные схемы лучевой терапии, химиотерапии, значимые объемы хирургических вмешательств. Ориентация на органосохраняющие операции, особенно при начальных стадиях опухолевых процессов, нередко дополняется агрессивными режимами проведения комбинированного лечения. Радикальное лечение злокачественных новообразований нередко сопровождается комплексным поражением органов и систем организма пациента.

Реабилитация онкологического пациента начинается в профильной клинике. Это, прежде всего, адекватная психологическая поддержка, определение оптимального объема хирургического вмешательства, точное соблюдение клинических протоколов, принятие мер по снижению повреждающего воздействия специального лечения на здоровые ткани, профилактика ранних и поздних осложнений, своевременная активизация пациента после проведенного лечения.

Клиническая структура соматических и иных расстройств у онкологического пациента обусловлена определенной спецификой повреждения органов и тканей, связанной с локализацией опухоли и объемом хирургического вмешательства, особенностями цитотоксичности, фармакокинетики химиотерапевтических препаратов, общими и местными эффектами лучевой терапии. Подобные негативные эффекты (последствия) описаны, требуют длительной и медикаментозной, и восстановительной (иногда хирургической) коррекции.

Основная цель медицинской реабилитации заключается, в первую очередь, в стабилизации или восстановлении функционирования пораженных органов и систем.

Реабилитация онкологических пациентов должна рассматриваться как отдельное направление специализированной стационарной онкологической помощи.

Даже самое радикальное лечение не устраняет потенциальную угрозу рецидива и/или метастазирования злокачественного новообразования. Перед реабилитологом стоит важная задача: нивелировать клинические проявления последствий основного заболевания и проведенного лечения, ведущие к ограничению жизнедеятельности пациента с новообразованием, но при этом не ухудшить онкологический прогноз, то есть не способствовать активизации опухолевого процесса.

Вплоть до 80-х-90-х годов прошлого века считалось, что пациентам с онкологической патологией категорически противопоказаны любые физиотерапевтические мероприятия и лечебная физкультура, иммунотерапия.

К этому же периоду времени был накоплен достаточно большой опыт в экспериментальной биологии и медицине, свидетельствующий о допустимости и эффективности использования ряда физиотерапевтических воздействий, кинезитерапии для профилактики и коррекции осложнений (последствий) специфического противоопухолевого лечения. За последние тридцать лет пополнилась доказательная база, основанная на изучении выживаемости пациентов после радикального лечения злокачественных новообразований и применения методов физической реабилитации (Т.И. Грушина, 2006, 2009; М.П. Вавилов и соавт., 2006; Лямина Н.В., 2003; Krystina Mika, 1995, 1995, 2005).

Анализируя накопленный зарубежный и отечественный опыт, консультируясь с ведущими специалистами-онкологами РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова, профильной кафедры Белорусской медицинской академии последиplomного образования, мы пришли к выводу, что в реабилитации онкологических больных не противопоказано использование ряда физиотерапевтических методов, массажа, лечебной физкультуры.

Абсолютные противопоказания к использованию названных методов - рецидив или метастазирование опухоли, недостаточная радикальность проведенной операции или комбинированного лечения.

При наличии показаний могут быть использованы такие физиотерапевтические методы как пневматическая компрессия (при лимфедеме верхних и нижних конечностей после радикального лечения рака молочной железы, опухолей женской половой сферы); низкочастотная электронейростимуляция (для повышения эффективности пневматической компрессии на стороне поражения после радикального лечения рака молочной железы), электронейростимуляция мочевого пузыря при дизурических расстройствах у пациентов после хирургического и комбинированного лечения опухолей органов малого таза; низкочастотная магнитотерапия (для улучшения внутритканевого обмена и профилактики склерозирования в отечных тканях верхних и нижних конечностей после радикального лечения рака молочной железы, опухолей женской половой сферы); электросон (с целью седативного эффекта, нормализации электроэнцефалограммы, особенно у пациенток с посткастрационным синдромом), аэрозольтерапия и логопедические тренировки (после операций на органах головы и шеи при наличии воспалительных изменений, трофических и нейротрофических нарушений).

Комплексы лечебной физкультуры показаны всем пациентам-реабилитантам. Лечебная физкультура назначается с учетом локализации опухолевого процесса и имеющихся нарушений, при этом учитывается наличие сопутствующей патологии, возраст пациента, толерантность к физической нагрузке.

Приведенный перечень дополняют ручной массаж, ношение эластичного компрессионного белья, лечение питьевыми минеральными водами, фитотерапия.

В РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации используется мультидисциплинарный подход к реабилитации пациентов с онкологической патологией. Кроме врача-реабилитолога пациента консультируют и выносят рекомендации узкие специалисты: терапевт, эндокринолог, гастроэнтеролог, психотерапевт, физиотерапевт, гинеколог. При необходимости привлекаются оториноларинголог, психолог, логопед, другие необходимые специалисты. Мы приглашаем научных консультантов - неврологов, физиологов труда, кардиологов, то есть задействуем большую многопрофильную инфраструктуру, и это дает свои результаты.

Индивидуально подобранные физиотерапевтические проце-

дуры, комплексы лечебной физкультуры, отдельные элементы массажа в сочетании с медикаментозными средствами и эффективной психотерапией позволяют добиться частичного, а в ряде случаев полного, восстановления нарушенных функций у онкологических пациентов.

Реабилитация таких пациентов по индивидуальным методикам в определенные сроки после окончания радикального лечения может проводиться и в условиях санаторных учреждений.

ПРИМЕНЕНИЕ ГРЯЗЕЛЕЧЕНИЯ И ЭЛЕКТРОФОРЕЗА КАРИПАЗИМА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ И ПОЗВОНОЧНИКА В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

Горев М.Ю., Волотовская А.В., Кондратенко Л.В., Ершова Л.М.

*Санаторий им. В.И. Ленина, Бобруйск
Белорусская медицинская академия последипломного образования,
Минск*

Поиск новых эффективных методов лечения и реабилитации дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов и позвоночника (остеохондроз позвоночника, деформирующий спондилез, хрящевые узлы тел позвонков, спондилоартроз) продолжает оставаться актуальным, поскольку эти заболевания являются одной из самых распространенных форм патологии костно-мышечной системы. Известно, что практически каждый второй человек в течение жизни испытывает боль, связанную с дистрофическими заболеваниями позвоночника и суставов конечностей. Нарушения микроциркуляции и региональной гемодинамики с последующей тканевой гипоксией, лежащие в основе этих заболеваний, приводят к износу суставного хряща, образованию новых костных структур и мягких тканей внутри и вокруг пораженного сустава. Все это способствует развитию в той или иной степени рецидивирующего синовита, дегенерации хряща с уменьшением его объема, костному ремоделированию, склерозу сус-